



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

E.U. Enfermería y Fisioterapia

Titulación: Grado en Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Tipo de trabajo: Revisión Bibliográfica Sistemática

**Adherencia terapéutica en los pacientes con
Insuficiencia Cardíaca**

Estudiante: **Pilar Hernández Manchado**

Tutor: M^a Margarita Farias Martín

Salamanca, 8 de mayo 2018

INDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN:
 - 2.1. Concepto
 - 2.2. Epidemiología
 - 2.3. Fisiopatología
 - 2.4. Diagnóstico
 - 2.5. Clasificación de la Insuficiencia cardiaca
 - 2.6. Tratamiento farmacológico y no farmacológico
 - 2.7. Adherencia terapéutica
3. OBJETIVOS
4. METODOLOGÍA
 - 4.1. Estrategias de búsqueda
 - 4.2. Criterios de inclusión y exclusión
5. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS
 - 5.1. Adherencia al tratamiento
 - 5.2. Adherencia al tratamiento no farmacológico
 - 5.3. Influencia de la educación para la salud en el incremento de la adherencia terapéutica
 - 5.4. Métodos para mejorar la adherencia terapéutica
6. DISCUSIÓN
7. CONCLUSIONES
8. BIBLIOGRAFÍA

ABREVIATURAS UTILIZADAS:

IC: Insuficiencia cardiaca

FEVI: Fracción de eyección reducida

HTA: Hipertensión arterial

ECG: Electrocardiograma

NYHA: New York Heart Association

ABVD: Actividades básicas para la vida diaria

IECA: Inhibidores de la enzima angiotensina

ARA-II: Antagonistas del receptor de angiotensina

ARM: Antagonistas del receptor mineralcorticoideo

DAI: desfibrilador automático implantable

OMS: Organización Mundial de la Salud

DeCS: Descriptores de ciencias de la salud.

1. RESUMEN

La adherencia terapéutica es la conducta que tiene una persona ante la toma de medicación y el seguimiento de un estilo de vida recomendado por las organizaciones sanitarias. En la insuficiencia cardiaca, un correcto comportamiento frente al tratamiento contribuye en la mejora del pronóstico de la enfermedad y en lograr una mejor calidad de vida.

El objetivo del trabajo es: realizar una revisión bibliográfica, demostrar que la adherencia terapéutica es beneficiosa en la IC, definir las conductas seguidas por los pacientes e identificar cuáles son las herramientas para mejorar éstas.

El análisis de las publicaciones, muestra que el estudio y el seguimiento de estas pautas, influye en una mejor evolución de la enfermedad. Las más evaluadas son la toma de fármacos, el cumplimiento de una dieta adecuada, el autocuidado, la realización de ejercicio físico, el control del peso y los edemas. La educación sanitaria favorece estos comportamientos y la contribución de la Enfermería en ésta es fundamental.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca, adherencia, tratamiento, cuidados de enfermería.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Concepto:

El proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardíaca la define como “un síndrome clínico caracterizado por síntomas típicos (disnea, fatiga e hinchazón de tobillos) que pueden acompañarse de signos característicos (presión venosa yugular elevada, crepitantes pulmonares y edemas periféricos) y está causado por una alteración estructural o funcional del corazón que provoca una reducción del gasto cardíaco o una elevación de las presiones intracardíacas, en reposo o durante el ejercicio.” ¹

Se establece una terminología dependiente de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), distinguiendo entre IC con fracción de eyección conservada e IC con fracción de eyección deprimida. Si es $\geq 50\%$ es conservada, si es $<40\%$ es reducida, y en rango medio si presenta una FEVI de entre el 40 – 49%. ²

La forma de presentación puede ser aguda y/o crónica.

2.2. Epidemiología:

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la actualidad y generan un aumento de los ingresos hospitalarios ³. Esto puede estar relacionado con una alteración en la adherencia al tratamiento y/o en la identificación por parte del paciente de los síntomas de la descompensación de su enfermedad. ⁴

Frente a una prevalencia de IC que se sitúa entre el 1 al 2% en países desarrollados, los estudios en España reflejan cifras superiores al 5%. Su incidencia aumenta con la edad, entre un 6% a un 10% de los mayores de 65 años presentan insuficiencia cardíaca. Afecta por igual a hombres y a mujeres, pero en éstas es más frecuente la presencia de hipertensión arterial y la FEVI conservada. La mortalidad al año del diagnóstico se encuentra entre el 20 y el 40%, y a los cinco años entre el 50 y el 70%. Constituye el 3% de los fallecimientos en hombres y el 10% en mujeres ^{5,2}.

2.3. Fisiopatología:

La IC no es una enfermedad única, sino una familia de trastornos relacionados, y su fisiopatología es muy heterogénea, con múltiples mecanismos patogénicos superpuestos que pueden actuar en cualquier paciente determinado en mayor o menor

medida. Las causas y factores precipitantes de la IC son: la cardiopatía isquémica, las enfermedades valvulares, las miopatías, la HTA, las arritmias cardíacas, y otras ⁶.

2.4. Diagnóstico:

El diagnóstico de la IC se basa principalmente en dos componentes esenciales:

- La historia clínica, donde se reflejan los síntomas y se identifican los signos característicos, y donde se recogen los antecedentes y/o la existencia de factores de riesgo propios de la IC (antecedentes de enfermedad cardíaca, edad avanzada, HTA, drogas cardiotóxicas, ...).
- Exploraciones específicas: el electrocardiograma (ECG), péptidos natriuréticos elevados y ecocardiograma. ¹

Clasificación de la IC:

La IC se clasifica según los estadios de la enfermedad y según la clasificación de la New York Heart Association (NYHA) (criterios expuestos en la tabla). Este último aporta información y permite la evaluación de los síntomas del síndrome ^{6,7}.

ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD		CLASIFICACIÓN NYHA	
A	Alto riesgo de padecer IC.	Grado I	Sin disnea para las actividades habituales.
B	Enfermedad cardíaca sin síntomas de IC.	Grado II	Ligera limitación para realizar las actividades habituales.
C	Existencia de IC con signos y síntomas característicos.	Grado III	Marcada limitación para realizar las actividades habituales.
D	IC avanzada que requiere intervención sanitaria especializada.	Grado IV	Incapacidad para realizar actividades habituales, Sintomatología en reposo.

Tabla: elaboración propia. Fuente ^{6,7}

2.5. Tratamiento farmacológico y no farmacológico:

El tratamiento de la IC debe perseguir tres objetivos: mejorar el pronóstico, reducir la mortalidad y prevenir la progresión del síndrome. Se aplican medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas.

El tratamiento farmacológico de la IC se basa en una serie de fármacos: Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), bloqueadores beta y antagonistas de los receptores de mineralcorticoides (ARM) y aldosterona. Siendo también recomendados los diuréticos para el control de retención de líquidos, inhibidores del receptor de angiotensina, inhibidor del canal I, antagonistas del receptor tipo 1 de la angiotensina II (ARA-II) y la combinación de hidralazina y dinitrato de isosorbida ².

También está indicado si el paciente lo requiere: intervenciones percutáneas y/o quirúrgicas para la revascularización coronaria, el tratamiento de patología valvular, la reconstrucción miocárdica y el trasplante cardiaco; la implantación de dispositivos como el desfibrilador automático implantable (DAI) para prevenir la muerte súbita y el implante de marcapasos para la activación aurículo-ventricular y/o la resincronización cardiaca; y la colocación de diferentes sistemas percutáneos y/o quirúrgicos de asistencia cardiaca y circulatoria ⁶.

El abordaje multidisciplinar para el cumplimiento de las medidas no farmacológicas es esencial, y el personal de enfermería tiene un papel fundamental en este ámbito. Dentro de éstas, destacaríamos el control tras el alta hospitalaria, realizando un seguimiento y monitorización del paciente, para detectar posibles complicaciones y comprobar la adherencia al tratamiento. Los consejos sobre el estilo de vida, como es la disminución de la ingesta de sal (<2gr/día), o la realización de ejercicio físico, son primordiales. Una medida terapéutica eficaz, son los programas de rehabilitación cardiaca basados en la práctica de ejercicio físico, que mejoran la calidad de vida de los pacientes y podrían contribuir a la disminución de los reingresos hospitalarios. ^{2,8}

2.6. Adherencia terapéutica:

El abordaje de los pacientes diagnosticados de IC es complicado, ya que los cambios en el tratamiento son habituales y requieren continuos seguimientos para conseguir una correcta adherencia terapéutica ³.

Haynes y Sackett definieron la adherencia terapéutica como la modificación de la conducta del paciente para llevar a cabo el cumplimiento del tratamiento, y de acuerdo con la OMS, se trata de “el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” ^{4,12}.

La adherencia terapéutica es la herramienta utilizada para comprobar el grado de cumplimiento del tratamiento prescrito a un paciente. La falta de adherencia al tratamiento disminuye los beneficios de éstos, y contribuye al empeoramiento del pronóstico de la enfermedad padecida ¹¹, aumentando la morbilidad, aumentando la posibilidad de cometer errores en el diagnóstico, incrementando el coste sanitario (polimedicación, incrementos de ingresos hospitalarios...), y generando problemas en la relación profesional entre el personal sanitario y el paciente ¹⁰. La buena adherencia terapéutica es principalmente responsabilidad del paciente, pero parte de ésta también es del personal sanitario que les atiende, debiendo promover una continuidad asistencial ³.

Los factores que contribuyen a la adherencia terapéutica son: 1) Factores relacionados con la enfermedad como es la falta de percepción de síntomas. 2) Factores relacionados con el tratamiento, como es la falta de tiempo para llevar a cabo las recomendaciones terapéuticas, o el miedo a los efectos secundarios de éstas. 3) Factores relacionados con el paciente, como la interferencia del tratamiento en la vida cotidiana del paciente, o la falta de motivación, constancia y compromiso. 4) Factores socioeconómicos, como es que el paciente no pueda disponer de los fármacos necesarios. 5) Factores relacionados con el sistema de salud o de la asistencia sanitaria, como son los problemas en la relación profesional sanitario- paciente ^{10, 12, 13}.

Los métodos de medición de la adherencia terapéutica se dividen en directos e indirectos (Tabla) ¹²

Métodos directos	Método más fiable, aunque el inconveniente es la variabilidad individual en la farmacocinética	Determinación de fármacos en orina, saliva o plasma
Métodos indirectos	Métodos menos fiables	Entrevista con el paciente Cuestionario estructurado Recuento de comprimidos

Tabla: elaboración propia. Fuente¹²

Existen una serie de estrategias e intervenciones del personal de enfermería, cuyo objetivo es involucrar al paciente en su autocuidado, en su evaluación y en el seguimiento de su enfermedad:

- Dentro de las intervenciones de conducta encontramos las comportamentales, que tratan de modificar los comportamientos del paciente con el fin de que se produzcan cambios positivos en la adherencia.
- Las intervenciones cognitivas: tratan de informar y educar al paciente, tener una buena relación paciente-profesional, aumentar la motivación para mejorar el comportamiento del paciente, y establecer una comunicación asertiva para que conjuntamente lleguen a un acuerdo para el correcto cumplimiento terapéutico.
- Intervenciones que ayuden a disminuir la complejidad de los tratamientos, ya que este factor afecta negativamente a su cumplimiento.
- Intervenir en el apoyo social y familiar ^{10, 12}.

3. OBJETIVOS

El **objetivo principal** de este trabajo es realizar una búsqueda y una síntesis bibliográfica sobre los beneficios de la adherencia terapéutica en los pacientes con IC, lo que supone tener un correcto comportamiento frente a las recomendaciones del personal sanitario relacionadas con su tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Objetivos específicos:

- Definir el síndrome de la insuficiencia cardíaca y la adherencia terapéutica.
- Describir la importancia de la adherencia terapéutica en el manejo de la insuficiencia cardíaca y las ventajas que supone.
- Revisar los errores en el cumplimiento del tratamiento y sus repercusiones
- Factores influyentes positiva y negativamente en la adherencia terapéutica.
- Estrategias de intervención para la mejora de la adherencia terapéutica: educación al paciente con IC y seguimiento del mismo en diferentes niveles del sistema de salud.

4. METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS:

La presentación del trabajo es una revisión bibliográfica de las publicaciones que evidencian científicamente la influencia de la adherencia al tratamiento en la evolución de la insuficiencia cardíaca.

Inicialmente para la realización de la revisión se procedió a efectuar la pregunta PICO (paciente, intervención, comparador y resultados), mediante palabras claves los DeCS:

- Paciente: La adherencia terapéutica en pacientes que padecen insuficiencia cardíaca.
- Intervención: Una correcta adherencia al tratamiento mejora considerablemente el pronóstico y la sintomatología de los pacientes con insuficiencia cardíaca.
- Comparador: Pacientes que no tienen una correcta adherencia al tratamiento, ya sea farmacológico como no farmacológico.
- Resultados: La adherencia terapéutica mejora el pronóstico de los pacientes que sufren de insuficiencia cardíaca.

4.1. Estrategias de búsqueda:

Se delimitaron las palabras clave utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Se incluyeron las palabras: “insuficiencia cardiaca”, “Heart failure”, “Cuidados de enfermería”, “educación sanitaria”, “Cooperación del paciente”, “Adhesión”, etc.

Todas las búsquedas se realizaron entre diciembre de 2017 y febrero de 2018.

Con estos términos se llevó a cabo la búsqueda en las diferentes bases de datos existentes a partir de 2012. Las bases de datos utilizadas como fuente de información fueron:

- La estrategia de búsqueda en “Scielo”: Se encontraron 24 resultados, de los cuales 17 cumplían los criterios de inclusión. Se descartaron 10 de ellos mediante lectura de título y resumen, por no tener relación con el tema a tratar. Finalmente se incluyeron 5 para realizar la revisión.
- La estrategia en “Pubmed” incluyendo los criterios de inclusión mencionados. Se encontraron 20 artículos de 54. De los cuales se seleccionaron dos de ellos apareciendo también en la base de datos de Scielo.
- “Guía Salud”: De 37 guías de salud solo una cumplía con los criterios establecidos: “Guía de Práctica Clínica sobre el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica”.
- En la base de datos “Cuidatge”, se incluyeron las palabras “Insuficiencia Cardiaca”, encontrando un total de 160 artículos, de los cuales 23 cumplían los criterios de inclusión, seleccionando 3 de ellos para realizar la revisión.
- La estrategia de búsqueda en “Google Académico”, una vez puestos los descriptores y teniendo en cuenta los criterios de inclusión, se seleccionaron 9 artículos. A través de esta base de datos se accedió a la Sociedad Española de Cardiología donde se obtuvo el “Proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca” y “Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica”. Además, se utilizaron recursos como la “Revista Española de Cardiología” y “*American Heart Association*” (la Asociación Americana del Corazón).

Adicionalmente, se completó la búsqueda con los recursos que ofrecen las bibliotecas de la Universidad de Salamanca, y más concretamente la biblioteca de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia.

4.2. Criterios de inclusión y de exclusión:

Se establecieron unos criterios de inclusión tales como:

- Artículos publicados entre 2012- 2018.
- De carácter internacional sin discriminación de idioma.
- Artículos de revisiones sistémicas, meta-análisis y ensayos clínicos aleatorizados.
- Artículos y libros que hagan referencia a los Cuidados de Enfermería y a la adherencia terapéutica en enfermedades cardiovasculares.
- Guías clínicas sobre insuficiencia cardiaca.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos a los que no se pudiera acceder al texto completo.
- Artículos sin acceso gratuito.
- Artículos publicados hace más de 10 años.

5. SÍNTESIS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó una búsqueda de estudios que valoraran la adherencia al tratamiento desde todos sus ámbitos (autocuidado, dieta, ejercicio, fármacos ...), así como la influencia de la educación para la salud y la asistencia a programas de IC. Se encontraron un total de 77 referencias y tras el cribado se obtuvieron 24 artículos con acceso a texto completo que cumplían los criterios de inclusión. Finalmente, fueron seleccionados 7 publicaciones para la descripción de estudios (n=7). Éstos se encontraron en la base de datos de Scielo y Pubmed (cinco estudios), Cuidatge (dos artículos), Dialnet a través de Google académico (1 revisión bibliográfica acerca de programas de rehabilitación cardiaca).

5.1. Adherencia al tratamiento:

Continuidad asistencial en clínicas de IC:

“La adherencia al tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca acompañados de enfermeras en dos clínicas especializadas” es un estudio de la adherencia terapéutica de pacientes que acuden a estas clínicas, comparando aquellos que asistían habitualmente a su programa terapéutico con los que no lo hacían. Se trata de un estudio transversal de los pacientes ambulatorios, durante el periodo comprendido entre agosto de 2011 y octubre de 2013. La muestra incluía un total de 340 pacientes con IC crónica que habían acudido a la consulta al menos una vez en los últimos 6 meses, y se excluyeron aquellos con un deterioro cognitivo. Se realizaron encuestas estableciendo un criterio que consideraba que la adherencia terapéutica era la adecuada si se obtenía una puntuación mayor o igual a 18 (se corresponde con el 70% de adherencia). Los resultados mostraron que la puntuación media de los pacientes fue de 16 ± 4 , y solo 124 obtuvieron tasas superiores. La adherencia fue perjudicada negativamente por comorbilidades como la hipertensión arterial ($p = 0,023$). En cambio, era mejor en aquellos pacientes que conviven con sus familias y en aquellos que acudieron a tres o más consultas de insuficiencia cardiaca ($p < 0,001$). El estudio concluye que los pacientes que acuden a consultas especializadas en insuficiencia cardiaca tienen baja adherencia terapéutica en menos de la mitad de ellos, y por tanto esta asistencia contribuye a mejorar la adherencia terapéutica y a su vez también mejora el pronóstico de estos pacientes y su calidad de vida ⁴.

Influencia del autocuidado:

El autocuidado resulta esencial para mejorar la adherencia al tratamiento, y para conocer cuál es el autocuidado que tienen los pacientes con IC se realizó el siguiente estudio: “Nivel de autocuidado de las personas con diagnóstico clínico de insuficiencia cardiaca”. En él también se estudió el grado de adherencia que tenían estos pacientes. Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal, que recogió vía telefónica una muestra de 131 pacientes con algún episodio de IC hospitalizados entre los años 2010 y 2012 (edad media de 75,15). Fueron excluidos aquellos que padecían de demencia, IC en situación reversible o IC en fase terminal. Para medir el autocuidado se utilizó la Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardiaca, cuya

puntuación es de 12 a 60 punto. A mayor puntuación menor autocuidado. Los datos de los pacientes reflejados en la tabla muestran la situación de cada uno de ellos.

Los resultados mostraron que la adherencia a la toma de medicación fue la conducta más seguida (1,13), le siguieron el reposo y la vacuna antigripal (1,62 y 1,86 respectivamente). La disminución de la toma de sal y la consulta al personal sanitario por disnea o fatiga lo realizan cerca del 50% de los entrevistados (30% no lo realiza nunca o casi nunca). Solo un tercio de las personas realiza el ejercicio físico adecuado (2,85). Las conductas de control de peso (3,56) y la restricción de líquidos (3,18) son las peores seguidas. Los datos reflejaron que la edad se asociaba con un mayor autocuidado. Los hombres tienen mejor autocuidado que las mujeres, pero las diferencias no resultaron significativas. En cuanto al grado de dependencia es más positivo para los dependientes que al contrario.

El estudio demuestra que el autocuidado en general es deficiente. Sin embargo, hay un correcto seguimiento de las directrices pautadas (entre ellas la adherencia), pero dificultad para el reconocimiento de síntomas, lo que repercute en las descompensaciones de la enfermedad ¹⁵.

Diagnosticados hace más de 5 años	49,6%
Grado II según NYHA	50,4%
Grado de independencia	Dependientes: 31,4%
	Independientes: 67,9%
Comorbilidad asociada a IC	58,1% >4 comorbilidades
Puntuación media de autocuidado	29,2

Tabla: Elaboración propia. Fuente¹⁵

5.2. Adherencia al tratamiento no farmacológico:

Adherencia a la dieta mediterránea:

En el tratamiento de la IC también se incluyen medidas para mejorar el estilo de vida de estos pacientes, y entre ellas realizar una dieta correcta. La dieta mediterránea es clave para evitar las descompensaciones y controlar la IC. El estudio de “[Valoración](#)

del grado de adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con insuficiencia cardiaca”, que es un estudio piloto-descriptivo sin intervención trasversal, en 4 hospitales de Madrid y Barcelona (Hospital clínico San Carlos, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario de Bellvitge y Hospital Clinic). A través de encuestas telefónicas se utilizaron cuestionarios (MEDAS-14). Una adherencia por debajo de 9 puntos en el cuestionario es baja, y por encima o igual a 9 óptima, se obtuvo una puntuación de 8,9. Fueron un total de 411 los pacientes encuestados, todos ellos tenían factores de riesgo y grandes comorbilidades. Las inclusiones de dichos pacientes se realizaron entre los meses de enero y febrero de 2014 sin establecer criterios de exclusión. Los resultados mostraron que en Madrid hubo un mayor aporte de vino de lo recomendado en la dieta (>7 vasos a la semana) ($p<0,01$) y de frutos secos (≥ 3 raciones/semana), en Barcelona hubo un mayor cumplimiento de la ingesta de verduras (2 o más raciones) ($p<0,05$), y un mayor consumo de carne blanca en comparación con la roja ($p=0.010$). Globalizando los resultados reflejaron que un 58,9% de los pacientes tenían una buena adherencia a la dieta mediterránea ¹⁶.

Control de peso y de los edemas característicos de la IC por parte del paciente:

En los pacientes con IC los cambios bruscos de peso pueden estar relacionados con descompensaciones de su enfermedad o con una mala adherencia al tratamiento con diuréticos.

El estudio de investigación experimental: “Los factores asociados a creencias sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico de pacientes con insuficiencia cardiaca”, tenía como objetivo la evaluación de la percepción de los pacientes sobre los beneficios y las barreras de llevar a cabo un autocontrol del peso y los edemas. La muestra era de 105 pacientes mayores de 50 años, con un seguimiento de al menos 3 meses del tratamiento con diuréticos, con capacidad de comprender y establecer comunicación. La muestra se obtuvo mediante entrevistas personales entre agosto de 2010 y abril de 2011. Los resultados mostraron que el 46% de los pacientes solo se controlan el peso una vez al mes, el 13,3% una vez a la semana, y el 4,8% tres veces a la semana. Una mayor educación conlleva percibir mayores beneficios sobre este autocontrol, en cambio una menor educación junto a un menor número de comorbilidades disminuye esta creencia. Además, las mujeres muestran mayores impedimentos para el cumplimiento de esta conducta. Los niveles de baja adherencia

y el aumento de la percepción de barreras para el control de peso y edemas, se deben a carecer de báscula en el hogar, a una falta de motivación (factor importante en la adherencia), a un déficit de conocimiento (lo cual incrementa la necesidad de realizar educación para la salud), o en algunos casos a la percepción desagradable por parte del paciente de tener edemas. Se encontraron limitaciones en cuanto a la falta de un equipo multidisciplinar para adoptar medidas educativas ¹⁷.

5.3. Influencia de la educación para la salud en el incremento de la adherencia terapéutica.:

Influencia de la educación para la salud:

Para aumentar el grado de adherencia terapéutica es importante la intervención del paciente y también del personal sanitario, que son responsables de promover la adherencia terapéutica.¹⁰

Un estudio sobre “Influencia de la educación sanitaria impartida por enfermería en una unidad de insuficiencia cardíaca” demuestra cómo influye la educación en el autocuidado y en el grado de adherencia en pacientes con IC. Es de tipo de cohortes prospectivo con una muestra de 70 pacientes, durante los años de 2009-2013 (En estadio C de IC, con ingresos recientes y disminución moderada-severa de la función sistólica del ventrículo izquierdo). Se dividieron en dos grupos: A (27 pacientes con bajo nivel cultural) y B (43 pacientes con nivel cultural medio). Cada tres meses un enfermero/a hacía registros de su seguimiento. Se impartieron un total de tres talleres de educación para la salud. Los resultados tras la intervención educativa fueron favorables, mejorando el cumplimiento terapéutico. Los conocimientos básicos de la enfermedad mejoraron del 16% al 100% en el grupo A y del 51% al 100% en el grupo B. El no hacerse responsable de la medicación se redujo del 52% al 32% en el grupo A ($p<0,05$), y en el grupo B del 16% al 10%. En cuanto al cumplimiento farmacológico: el grupo A pasó de 84% al 100% y el grupo B del 91% al 95% ($p=0,408$). Por tanto la realización de talleres de educación para la salud mejora los conocimientos de la IC y esto lleva a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y a realizar cambios en el estilo de vida que influyen positivamente en la salud del paciente. ¹⁸

Metodología enfermera en la IC:

La educación sanitaria evita las descompensaciones de la enfermedad. Pero existe diferencia de género según la intervención de Enfermería. Mediante un estudio sobre “Género y efectividad de la metodología enfermera en pacientes con insuficiencia cardíaca”, se quiso demostrar estas diferencias, además de valorar el nivel de adherencia y autocuidado de estos pacientes.

Se trata de un estudio de intervención cuasi experimental. Participaron 129 pacientes y se dividieron dos grupos, uno control (62 pacientes) y otro de intervención (67 pacientes). Se realizó entre enero y diciembre de 2012. Se utilizó la Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca y la Escala de Morinski modificada para la medición de los resultados.

El estudio demostró que la mejora en el autocuidado de los hombres fue el doble que en las mujeres, que la adherencia terapéutica mejora en ambos pero lo hace en el doble en las mujeres, y que los conocimientos sobre la enfermedad mejoraron en ambos por igual ¹⁹.

5.4. Métodos para mejorar la adherencia terapéutica:

En la actualidad las nuevas tecnologías son utilizadas para realizar un seguimiento de las enfermedades de los pacientes. Y para comprobar su efectividad se realizó un estudio sobre la “Adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardíaca y las tecnologías de la información y la comunicación”, en una Clínica Universitaria y en la Facultad de Enfermería de Bogotá (Colombia).

El objetivo del estudio, como bien se ha introducido anteriormente, es examinar cómo influyen las intervenciones enfermeras mediante este tipo de tecnologías, en el cumplimiento terapéutico de pacientes con IC.

Se trata de un estudio experimental de tipo ensayo clínico donde existen dos variables: dependiente (adherencia en paciente con IC) e independiente (intervenciones enfermeras). Fueron un total de 111 participantes, de los cuales 97 conformaron la muestra final. Aleatoriamente se dividieron en tres grupos (tabla):

GRUPO	MUESTRA	INTERVENCION	
GRUPO 1	33	Seguimiento telefónico y mensajes de texto.	Llamadas cada 15 días durante 2 meses. Y un mensaje semanal.
GRUPO 2	32	Seguimiento telefónico y correos electrónicos.	Llamadas cada 15 días durante 2 meses. Y un correo semanal.
GRUPO 3 (Grupo control)	32	Consultas habituales en clínicas de IC.	Consultas según el protocolo habitual.

Tabla: elaboración propia. Fuente²⁰

Tras realizar una encuesta con 30 ítems, se clasificaron por puntuación, siendo de 20-55 los no adherentes, 56-80 la poca adherencia, 81-105 los frecuentemente adheridos y 106-120 los adheridos. Los tres grupos iniciaron el estudio con el mismo nivel de adherencia y el resultado fue un incremento en aquellos que pertenecían al grupo 1 y 2 (totalmente adheridos), comparado con el grupo control (frecuentemente adheridos). Por tanto el estudio concluyó que el uso de las tecnologías de la información y comunicación son efectivas para que los pacientes adquieran conocimientos de la enfermedad, para apoyarles y para que se responsabilicen en su autocuidado; todo ello promueve un aumento de la adherencia. Sin embargo, no todo son ventajas, ya que las intervenciones por correos electrónicos y mensajes de texto suponen la pérdida de contacto verbal de los pacientes con los sanitarios ²⁰.

6. DISCUSIÓN:

La IC es un síndrome con una elevada mortalidad y que es causa de reingresos hospitalarios. Está demostrado que una adecuada adherencia terapéutica disminuye estos reingresos y mejora el pronóstico y la calidad de vida estos pacientes. ^{3, 4, 14}. Según la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología de 2016, “el apoyo de un equipo de IC multidisciplinar en colaboración con un equipo especializado en demencia, la ayuda para cumplir con la medicación, el asesoramiento para el autocuidado, y la

participación de la familia y cuidadores, puede mejorar la adherencia a la compleja medicación para la IC”²

Los estudios revisados, además de demostrar este hecho, analizan el grado de adherencia en pacientes de diferente sexo, edad, nivel educativo, estilos de vida, etc. Y demuestran que la influencia de un equipo especializado, el aumento del autocuidado, la educación e intervención sanitaria, y el apoyo familiar incrementa tanto la adherencia farmacológica como la no farmacológica^{4, 15, 16, 17, 18, 19, 20}.

El seguimiento enfermero en clínicas especializadas de IC, donde se realizan tratamientos pos-hospitalarios, también pretende sensibilizar al paciente y lograr una adherencia terapéutica correcta. De hecho, se demuestra que los pacientes que acuden menos o no acuden a estas clínicas, presentan dificultades para seguir las directrices terapéuticas, influyendo negativamente en su enfermedad⁴. Resulta interesante la aplicación de nuevos métodos de seguimiento a pacientes, como es el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Tratan de desarrollar nuevos tipos de comunicación con los pacientes, teniendo un contacto más constante con ellos a través de telefonía móvil, correos electrónicos o SMS. Resultan bastante eficaces, pero contribuyen a la pérdida del contacto físico entre el profesional y el paciente, lo cual supone una desventaja²⁰.

Se debe tener en cuenta que la adherencia al tratamiento no solo abarca a los fármacos propios de la IC, sino también al tratamiento no farmacológico. Los resultados muestran un autocuidado general deficiente, aunque es ligeramente superior en los hombres que en las mujeres, conclusión a la que llegan el estudio “Nivel de autocuidado de las personas con diagnóstico clínico de insuficiencia cardiaca” y el estudio “Género y efectividad de la metodología enfermera en pacientes con insuficiencia cardiaca”^{15, 19}. Una dieta mediterránea y pobre en sal es otra parte del tratamiento; solo un 50% de los pacientes siguen una dieta baja en sal, y un 58% realiza una dieta mediterránea. El control de peso y edemas fue la conducta menos seguida según el estudio “Nivel de autocuidado de las personas con diagnóstico clínico de insuficiencia cardiaca”, y una falta de educación puede llevar a estos resultados según “Los factores asociados a creencias sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico de pacientes con insuficiencia cardiaca”.^{15, 16, 17}

7. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos de este trabajo y tras una síntesis y búsqueda bibliográfica sobre la adherencia terapéutica en la insuficiencia cardíaca, se llegan a las siguientes conclusiones:

- La IC es un problema de salud de primer orden, dada su elevada mortalidad y la cantidad de ingresos hospitalarios que genera.
- La adherencia tanto al tratamiento farmacológico como al no farmacológico logra beneficios en la evolución de los pacientes con IC, y la educación sanitaria es fundamental para ello.
- El papel de la Enfermería es relevante en el proceso de educación y atención al paciente con IC. Ya que las intervenciones de Enfermería y los talleres de educación para la salud, sin discriminar el nivel educativo del paciente, mejoran el nivel de autocuidado, la adherencia y el conocimiento de la enfermedad. Esto último, podría disminuir las descompensaciones de la IC gracias a un mayor reconocimiento de los síntomas, necesitando en menor medida la asistencia hospitalaria.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Anguita S A, Bover FR, Castro CA, Comín CJ, Delgado JJ. Proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca. [Madrid]: Sociedad Española de Cardiología; 2016.
2. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG.F, Coats A J.S, [et al.]. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2016 [citado en enero de 2018]; 69 (12): 1167.e1-e85. Disponible en <http://www.revespcardiol.org/es/guia-esc-2016-sobre-el/articulo/90460340/>
3. Barrios V, Escobar C, Cosin- Sales J, Bravo M, Saltijeral A, Ruiz-Ortiz M. Sección de lo mejor del año 2017 en cardiología clínica. Continuidad asistencial entre cardiología y atención primaria [Internet]. Rev Esp Cardiol. 2018 [citado en enero de 2018]; 71 (1): 48-61. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/seleccion-lo-mejor-del-ano/articulo/90461939/>
4. Freitas SA, Dantas CAC, Malta M, Silva AC, Gandin T, Fe A, et al. La adherencia al tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca acompañados de enfermeras en dos clínicas especializadas [Internet]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015 [citado en enero de 2018]; 23(5):888-94. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/es_0104-1169-rlae-23-05-00888.pdf
5. Sayago SI, García LF, Segovia CJ. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. Rev. Esp Cardiol [Internet]. 2013 [citado en enero de 2018] ;66(8):649-656. Disponible en <http://www.revespcardiol.org/>
6. Opie L.H, Hasenfuss G. Mecanismos de la contracción y la relajación cardíacas. Bonow RO, Libby P, Mann D, Zipes D [et al.]. Braunwald's Heart Disease: A textbook of Cardiovascular Medicine. 9ª edición. Elsevier Saunders; 2013. p. 465-492.
7. Hunt S.A, Jessup M. Insuficiencia Cardiaca. En: Fuster V. The AHA Guidelines and Scientific Statements Handbook. J&C Ediciones Médicas, S.L; 2009. p. 223-235
8. Bover HR, Calderón MA, Castellanos RA, Castillo MJ, Castro FA, Comín CJ, [et al.]. Guía de Práctica Clínica sobre Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca Crónica

[Internet]. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e igualdad; Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid; 2016. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_566_ICC_UETSCM_compl.pdf [último acceso enero de 2018]

9. OMS (2004) Adherencia a los tratamientos a largo plazo- Planes para la acción 2004. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

10. Pisano GMM, González PA. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enferm Clin* [Internet]. 2014 [citado en enero de 2018]; 24 (1): 59-66. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001757>

11. Salinas CE, Nava GMG. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol (Mex)* [Internet]. 2012 [citado en enero de 2018]; 11 (2): 102-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38131>

12. Achury D. Adherencia al tratamiento en el paciente con falla cardiaca. En: Rincón O.F...[et al.]. *Enfermería cardiovascular*. Bogotá: Distribuna Editorial, 2008. p. 341-368.

13. Arce- VR, Ángeles LA, Villegas TA, Ramos C. Adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con enfermedad de Changas del Estado de Morelos [Internet]. *Revista Biomédica*. 2017 [citado en febrero de 2018]; 28 (1): 25-37. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio171d.pdf>

14. Berjón J. Insuficiencia cardiaca. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento médico. *Cir. Cardiov* [Internet]. 2008 [citado en enero de 2018]; 15 (1): 21-5. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cardiovascular-358-pdf-S1134009608702213-S300

15. Izquierdo F M^aN, Pérez de Albeniz GM^aC, Aparicio PE, Beraza SE, Buldain PN, Arizaleta BM^aT. Nivel de autocuidado de las personas con diagnóstico clínico de insuficiencia cardiaca. *Nure INV* [Internet]. 2015 [citado en febrero 2018]; 12(78). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/729>

- 16.** Miró Ò, Martín SFJ, Jacob J, Andueza J.A, Herrero P, Llorens P. Valoración del grado de adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con insuficiencia cardiaca. An. Sist. Sanit. Navar [Internet]. 2016 [citado en febrero de 2018]; 39(2): 261-268. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200008
- 17.** Ribeiro SSIC, Fernanda AC, Bueno JGMC. Los factores asociados con creencias sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico de pacientes con insuficiencia cardiaca [Internet]. USP Rev Esc Enferm. 2014; 48(1): 18-24. Disponible en: www.ee.usp.br/reeusp/
- 18.** López MMG, Durán TM^aC, Rus MC, Cortez QG, Toledano DF, Casado RC, Delgado MM. Influencia de la educación sanitaria impartida por enfermería en una clínica de insuficiencia cardiaca. Enferm Cardiol [Internet]. 2015 [citado en febrero de 2018]; 22(66): 43-47. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/66_05.pdf
- 19.** Viñas, VC, García PAM, Morales GIM. Género y efectividad de la metodología enfermera en pacientes con insuficiencia cardiaca. Aquichan [Internet]. 2016 [citado en febrero de 2018]; 16(3): 313-327. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000300004&lang=pt
- 20.** Hernández PC, Flórez FML. Adherencia al tratamiento en la insuficiencia cardiaca y las tecnologías de la información y la comunicación. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2017 [citado en febrero de 2018]; 24(2):96-104. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563316301061>